

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ПОВЫШЕННОГО ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**Мамакеев М.М.¹, Ниязов Б.С.², Ашимов Ж.И.², Турдуев Д.А.²**¹ Национальный хирургический центр, г. Бишкек (директор д.м.н., проф. Мамакеев К.М.)² Кафедра общей хирургии КГМИПиПК (Зав. каф. д.м.н., проф. Ниязов Б.С.)

Резюме: В статье посвящена оптимизация диагностики синдрома повышенного внутрибрюшного давления у больных с кишечной непроходимостью. В НХЦ проанализирована 150 больных с острой кишечной непроходимостью. Больные распределены на 2 группы. Первая группа 62 больных оперированы по поводу кишечной непроходимостью, которым проведен разработанный алгоритм лечения с профилактикой тромбоэмболических осложнений. 50 больных группы контроля были проведено стандартное лечение.

Ключевые слова: внутрибрюшное давление, тромбоэмболия, кишечная непроходимость.

ИЧЕГИСИ КУРЧ ТУЙУЛГОН ООРУЛУУЛАРДЫН КУРСАК КОНДОЙУНУН БАСЫМЫНЫН ЖОГОРУЛО СИНДРОМУНУН ОПТИМИЗАЦИЯСЫ.**Мамакеев М.М.¹, Ниязов Б.С.², Ашимов Ж.И.², Турдуев Д.А.²**¹ Кыргыз Улуттук Хирургия Борбору Бишкек шаары (Директор м.и.д проф Мамакеев К.М)² Кыргыз Мамалекеттик медициналык кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу институтунун, Жалпы хирургия кафедрасы.

Корутунду: Макалада Ичегиси курч туйулгон оорулулардын курсак кондойунун басымынын жогорулоо синдромунун оптимизациясы берилди. УХБ 150 ичегиси курч туйулгон оорулууга талдоо жүргүзүлдү. Талдоодо оорулулар 2 группага болунду. Биринчи группадагы 62 оорулууга ичегиси курч туйулгон диагнозу менен операциядан сон тромбоэмболияны болтурбоонун алгоритм лечениясы откорулду. Контрольдогу 50 оорулууга стандарттык лечения откорулду.

Негизги сөздөр: Курсак кондойунун басымы, тромбоэмболия, ичегинин курч туйулгон оорусу.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ПОВЫШЕННОГО ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**Mamakeev M.M.¹, Niyazov B.S.², Ashimov J.I.², Turduev D.A.²**¹ National Surgical Center (Director - Prof. Mamakeev K.M.) Bishkek, Kyrgyzstan² Kyrgyz State Medical Institute retraining and skills, Department of General Surgery (Head. Cafes. - Prof. Niyazov B.S)

Resume: The article is devoted to the optimization of diagnosis increased intra-abdominal pressure syndrome in patients with intestinal obstruction. In NHTS analyzed 150 patients with acute intestinal obstruction. Patients divided into 2 groups. The first group of 62 patients operated on for intestinal obstruction who underwent treatment algorithm developed by the prevention of thromboembolic complications. 50 patients were the control group was carried out standard treatment.

Key words: intra-abdominal pressure, thromboembolism, acute intestinal obstruction.

Введение. В абдоминальной хирургии, для больных в критическом состоянии, обусловленном воспалительными, опухолевыми заболеваниями, кишечной непроходимостью, травмами органов брюшной полости разрабатываются методы диагностики, контроля внутрибрюшной гипертензии (ВБГ), мониторинга внутрибрюшного давления (ВБД) и лечебной тактики [1,2,3,4,5]. В настоящее время в литературе существуют различные термины для определения патологических состояний, обусловленных избыточным ВБД – синдром интраабдоминальной гипертензии (СИАГ), абдоминальный компартмент-синдром (АКС) [3,4,5,6]. Чаще всего под АКС принимается такое состояние, при котором на фоне ВБГ у больного констатируют полиорганную недостаточность [4,7, 8]. Актуальность проблемы СИАГ и АКС обусловлена еще и тем, что летальность при этих патологических синдромах достигает 42-68%, а при АКС, без проведения соответствующего лечения, приближается к 100% [3,5, 9].

Данная ситуация актуальна и для Кыргызстана, где смертность от кишечной непроходимости остаётся высокой, при этом основным фактором приводящим к смерти пациента зачастую остаются полиорганная недостаточность и сердечно-сосудистая недостаточность.

Материалы и методы. В Национальном хирургическом центре МЗ КР нами было обследовано 150 больных с острой кишечной непроходимостью. Возраст больных составил от 22 до 73 лет. Среди пациентов мужчин было

83, женщин 67. Диагностика проводилась с учетом клинической картины заболевания, данных анамнеза, результатов физикального, рентгенологического, эндоскопического и ультразвукового методов обследования.

При этом 100 (89,2%) больным выполнены радикальные операции с резекцией кишки и наложением анастомоза. И у 12 (10,2%) больных у которых кишечная непроходимость имела декомпенсированный характер на фоне выраженной полиорганной недостаточности, выполнены паллиативные операции в виде наложения разгрузочной илеостомы.

Больные были распределены на две группы: 1) 62 больных оперированных по поводу кишечной непроходимости, которым проведен разработанный алгоритм лечения с профилактикой тромбоэмболических осложнений, в группу контроля были выделены 50 больных, которым проводилось стандартное лечение.

Послеоперационные осложнения возникли у 34 (30,4%) больных. Количество и характер послеоперационных осложнений представлены в таблице 1. Внутрибрюшное давление определяли по методу рекомендованным Всемирным Обществом по изучению Абдоминального Компартмент Синдрома, который заключается в следующем: пациент лежит на спине в горизонтальном положении. В мочевой пузырь вводится катетер Foley, раздувается баллон, опорожняется мочевой пузырь. К аспирационной части мочевого катетера присоединяется трехходовой кран в 1 порт. Во 2

порт тройника присоединяется градуированная в сантиметрах трубка с сечением 1,5 мм, в 3 порт с помощью шприца вводят 25 мл физио-

логического раствора в полость мочевого пузыря.

Таблица 1 - Структура и характер послеоперационных осложнений у больных острой кишечной непроходимостью.

№	Осложнения	Основная группа	Контрольная группа
1	Несостоятельность анастомоза	-	1 (2,9 %)
2	Нагноение послеоперационной раны	1 (2,9 %)	5(14,7%)
3	Парастомические гнойные осложнения	-	2(5,9%)
4	Сердечно-сосудистые осложнения	2 (5,9%)	5(14,7%)
5	Бронхо-легочные осложнения	2 (5,9 %)	4(11,8%)
6	Тромбозмобилические	1 (2,9 %)	6(17,6%)
7	Послеоперационная кишечная непроходимость	1(2,9 %)	2(5,9 %)
8	Панкреатит	-	1(2,9 %)
9	Перитонит	1(2,9 %)	1(2,9 %)
	ВСЕГО	8	26

Надо отметить, что ни у одного пациента в анамнезе не было оперативных вмешательств на органах мочеполовой системы и выраженных заболеваний мочеполовой системы. Для перевода измерения из сантиметров водного столба, в миллиметры ртутного столба, мы проводили по формуле:

$$1 \text{ мм вод.ст.} = 9,80665 \text{ Н/м}^2 * = 10^4 \text{ кгс/см}^2 = 7,3556 \times 10^{-2} \text{ мм рт.ст.}, \text{ т.е.} 1 \text{ см вод.ст.} = 0,74 \text{ мм рт.ст.}$$

У 47 (41,9%) наблюдаемых больных

уровень гипертензии составил 10-15 мм рт. ст, что соответствовал 1-й стадии синдрома абдоминальной компрессии, у 32 (28,5%) - 16-25 мм рт. ст., что соответствовал 2-ой стадии, и у 24 (21,4%) больных уровень гипертензии соответствовал 3-й стадии- 26-35 мм рт. ст.. У 9 (8%) больных, в декомпенсированной форме острой непроходимости толстой кишки возникла 4-я (более 35 мм рт. ст.) стадия синдрома абдоминальной компрессии (таблица 2).

Таблица 2 - Внутривнутрибрюшное давление и стадии острой кишечной непроходимости

Стадия ОКН (число больных)	Внутрибрюшное давление (ммрт.ст.)	Послеоперационная летальность	
Компенсация (n=47)	<10 (n=15)	-	1 (2,1%)
	11,5±0,37 (n=34)	1 (2,9%)	
Субкомпенсация (n=32)	20,9±0,43 (n=21)	3 (9,4%)	P ₁ <0,05
	31,8±0,88 (n=6)	3 (33%)	
Декомпенсация (n=9)	>35 (n=3)	4 (66%)	P ₂ <0,01

У всех больных были выполнены хирургические вмешательства, так у 55 больных, выполнена резекция кишечника. Операция Гартмана выполнена 4 больным, у 8 больных оперативное вмешательство завершено выведением колостомы, у остальных больных наложен инвагинационный анастомоз по разработанной в клинике методу.

Выводы:

1. Острая кишечная непроходимость в 21,4 % случаев осложняется декомпенсационной формой синдрома абдоминальной компрессии.

2. Острая кишечная непроходимость в стадии субкомпенсации и декомпенсации в 33 % случаев приводит к развитию фатальных осложнений.

3. Своевременная коррекция синдрома абдоминальной компрессии у больных с острой непроходимостью толстой кишки позволяет существенно снизить показатели послеоперационных осложнений и летальность.

Литература:

- Абакумов М.М., Смоляр А.Н. Значение синдрома высокого внутрибрюшного давления в хирургической практике // Хирургия. - 2003. - №12, - С.66-72.
- Мамакеев М.М., Акматов А.А., Мац Е.Я. и др. Наш опыт хирургического лечения кишечной непроходимости - В кн.: Кишечная непроходимость (диагностика, лечение, осложнения): Сб. науч. тр. - Фрунзе., 1990. Т. 175. - С.76-82.
- Сыргаев Д.Т., Кутманбеков А.К., Ниязов Б.С. и др.. Лечебная тактика при острой кишечной непроходимости // Хирургия рубежа XX - XXI века (Материалы Конгресса Хирургов Кыргызской Республики). Бишкек. 2000. С. 793 - 801.
- Kron I.L., Harman P.K., Nolan S.P. The measurement of intra-abdominal pressure as a criterion for abdominal re-exploration. Ann Surg 1984; 199: 28-30.
- Cheatham M.L. Intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome. New Horiz. 1999; 1:16 - 22.
- Joynt G.M., Ramsay S.J., Buckley T.A. Intra-abdominal hypertension - implications for the intensive care physician. Ann. Acad. Med. Singapore 2001 May; 30(3):310-319.
- Рошин Г.Г., Мищенко Д.Л., Шлапак И.П. и др.. Синдром абдоминальной компрессии: клинико-диагностические аспекты. // Украинский журнал экстремальной медицины им. Г.О.Можаева. - 2002. - Том 3, №2, С.67-73.
- Гаин Ю.М., Леонович С.И., Алексеев С.А. Синдром энтеральной недостаточности при перитоните: теоретические и практические аспекты, диагностика и лечение. - Молодечно: Победа, 2001. - 265 с.
- Губайдуллин Р. Р. Нарушения в системе транспорта кислорода и пути их коррекции у больных с внутрибрюшной гипертензией в периоперационном периоде. М. 2005; 47.